

راهنمای متخصصان بالینی برای همبوندهای اختلال  
نقص توجه / بیش‌فعالی در کودکان و نوجوانان  
(مطالعه موردی)

## فهرست مطالب

پیشگفتار نویسنده.....	۹
درباره نویسنده و منتقدان.....	۱۳
مقدمه.....	۱۷
مقدمه مترجم.....	۱۹
۱: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و صرع.....	۲۱
۲: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان.....	۳۲
۳: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب.....	۵۳
۴: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و چاقی.....	۶۶
۵: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه.....	۷۱
۶: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال سلوک.....	۸۷
۷: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال مصرف مواد در کودکان و نوجوانان.....	۱۰۸
۸: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلالات یادگیری خاص.....	۱۳۲
۹: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و افسردگی.....	۱۵۰
۱۰: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال دوقطبی.....	۱۶۳
۱۱: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلالات تیک.....	۱۷۵
ضمایم.....	۱۸۶
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۲۱۹
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۲۲۶

## پیشگفتار نویسنده

دکتر سادک روان‌پزشک و دانشیار دپارتمان روان‌پزشکی دانشگاه دلوئیز واقع در هالیفاکس ایالت نوا-اسکوشیا، راهنمای بالینی مختصر اما ارزشمندی در زمینه تشخیص و درمان انواع عارضه‌های روان‌پزشکی همبود با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در کودکان و نوجوانان نگاشته است.

تشخیص، ارزیابی و درمان عارضه‌های روان‌شناختی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بسیار مهم است و اگر این اهداف در کودکی یا نوجوانی میسر نشود، پیشرفتی در عملکرد تحصیلی، اجتماعی، یا عاطفی دیده نخواهد شد.

ارزش و فایده این کتاب در این است که بخش‌های مختلف زیر را دربرمی‌گیرد:

۱. دامنه همبودهای آشکار.
۲. زبان و قالب مورد استفاده.
۳. ارجاعات گسترده.

### دامنه همبودهای آشکار:

عارضه‌های روان‌پزشکی همبود آشکار، طیف وسیعی را دربرمی‌گیرد و شامل اضطراب، افسردگی و خودکشی، اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، اختلال سلوک، اختلالات یادگیری، اختلال سوء‌مصرف مواد، اختلال تیک و سندرم تورت، اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی، و همچنین صرع و چاقی است. تعدادی از این عارضه‌های روان‌پزشکی شایع‌تر هستند و تعدادی دیگر به ندرت اتفاق می‌افتد. با این حال؛ بسیاری از اختلالات شایع روان‌پزشکی را در برمی‌گیرد.

وجود طیف وسیعی از همبودی‌های آشکار، بر ارزش کتاب حاضر می‌افزاید.

## زبان و قالب مورد استفاده:

زبان کتاب روشن و موجز بوده و از به کار بردن عبارات تخصصی پرهیز می‌کند، که این امر مطالب را برای عموم خوانندگان، متخصصان و غیرمتخصصان درک‌پذیر کرده است.

قالب به کار برده شده علاوه بر وضوح و اختصار، از فواید این کتاب است. علی‌الخصوص، هر فصل با فهرستی از اهداف که احتمال شیوع عارضه‌های روان‌پزشکی همبود و چالش‌هایی که در تشخیص و درمان آنها وجود دارد، آغاز می‌شود و با تاریخچه بالینی فردی که تعدادی از این چالش‌ها را در تشخیص و درمان نشان می‌دهد، ادامه می‌یابد.

در هر فصل با پرسش و در نهایت پاسخ دادن به آنها بر طبق نسخه هدف (همراه با ارجاع و جداول) مسائل کلیدی مرتبط با شیوع، تشخیص و درمان عارضه‌های همبود خاص می‌پردازد.

این قالب پرسش و پاسخ در فرم یا در جدول ارجاعات، به خواننده این امکان را می‌دهد تا به سرعت و به‌طور مختصر به سؤالات کلیدی پاسخ دهد. با این روش و به‌وسیله جستجوی منابع، خواننده عمیق‌تر مفاهیم را درک می‌کند. این قالب یکی از نقاط قوت اصلی این کتاب است.

## ارجاعات گسترده:

هر فصل ترکیبی از مجموعه گسترده‌ای از منابع معطوف به موضوعات مطرح‌شده در هر فصل و منابع مرتبط با شیوع، تشخیص و درمان است. باین‌حال، ارجاعات معمولاً شامل ابزارهای ارزیابی، مقیاس‌های درجه‌بندی، همچنین منابع درمان معطوف به مطالعات درمانی و مداخلات والدگری، خانواده، کودک، یا نوجوان است.

بنابراین، ارجاعات پایان هر فصل، به منابع ارزشمندی برای درمانگران و سایرین جهت آگاهی بیشتر و معرفی ابزارهای تشخیصی و درمان عارضه‌های روان‌پزشکی همبود که در مورد آنها بحث شده، می‌پردازد.

به‌طور خلاصه، دکتر سادک کتابی بسیار ارزشمند را برای درمانگران متخصص و افراد غیرمتخصص معطوف به حوزه‌های مهم بالینی، تشخیص و درمان عارضه‌های

روان‌پزشکی همبود مختلف که می‌توانند با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی همراه شوند تدوین کرده است. تشخیص و درمان عارضه‌های روان‌پزشکی همبود برای دستیابی کودک و نوجوان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، به سطح عملکرد بهینه در حوزه‌های تحصیلی، اجتماعی و عاطفی بسیار مهم است و علاوه بر آن برای درمانگرانی که کودکان، نوجوانان و خانواده‌های درگیر با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و چندین اختلال همبود را درمان می‌کنند، مفید خواهد بود.

### سلب مسئولیت

متن موجود در این کتاب و منابع آن صرفاً با هدف آموزش، راهنمایی و اهداف آگاهی‌بخشی استفاده می‌شود. مسئولیت برای تعیین مسیر درست در جهت تشخیص و درمان بیماران، بر عهده درمانگران است. هرکسی که در نگاشتن این متن مشارکت داشته باشد، از نظر قانونی نمی‌تواند مسئولیت اطلاعات موجود در متن کتاب را بر عهده بگیرد.

لی لی هچمن

بخش روان‌پزشکی کودکان

دانشگاه مک گیل،

مونترال، NS، کانادا.

## درباره نویسنده و منتقدان

### درباره منتقدان:



دکتر جوزف سادک دانشیار روان‌پزشکی، در دانشگاه دلوئیز و مدیر پزشکی مرکز ADHD در شهر دارتموث، ایالت نوا اسکوشیا است. او همچنین مدیر بالینی و دانشگاهی بیمارستان نوا اسکوشیا، واحد Mayflower، شهر دارتموث، استان NS، کانادا است. دکتر سادک عضو هیئت‌مدیره آمریکایی روان‌پزشکی و نورولوژی (DABPN) و همکار کالج سلطنتی پزشکان و جراحان کانادا

(FRCPC) است. وی علاوه بر دریافت مدرک پزشکی در سال (۱۹۹۰)، دارای درجه دارویی - میسی (B.Sc. داروسازی ۱۹۸۶) و MBA از دانشگاه سنت ماری نیز هست. وی همچنین یک سال برنامه آموزشی - پژوهشی را در دانشکده پزشکی دانشگاه هاروارد گذرانده و گواهینامه برنامه تحقیقات محققان بالینی جهانی (GCSR) را همراه با تقدیرنامه‌ای دریافت کرده است. وی آموزش دستیاری روان‌پزشکی خود را در دانشگاه دلوئیز، ایالت نوا اسکوشیا، در کانادا به پایان رساند و سپس به‌عنوان رئیس واحد صلاحیت حرفه‌ای علوم اعصاب در دانشکده پزشکی دلوئیز مشغول به کار شد. در سال ۲۰۰۷ ساخت اولین درمانگاه اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی برای بزرگسالان در نوا اسکوشیا را آغاز کرد.

وی در حال حاضر مشغول به آموزش در دوره‌های کارشناسی و کارشناسی ارشد است و کتابی به نام «راهنمای متخصصان بالینی برای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی»، ویراست دوم، در سال ۲۰۱۳ به چاپ رسانید. کتاب دوم وی به نام «راهنمای

متخصصان بالینی برای همبودی‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالان» در سال ۲۰۱۶ منتشر شد. همچنین تعدادی از مقاله‌های وی موردبازنگری دقیق و کارشناسی قرار گرفته‌اند و جوایز ارزشمند متعددی را برای کار خود دریافت کرده است. وی به‌عنوان معاون رئیس‌جمهور برای اتحاد منابع ADHD کانادا (CADDRA) انتخاب شد و مؤسسه CADDRA ADHD را در سال ۲۰۱۲ تأسیس نمود. دکتر سادک یکی از مدیران بخش پیشگیری از خودکشی در ایالت نوا اسکوشیا است.

وی عضو شورای قانون‌گذاری در دانشگاه دلوئیز است و موفق به دریافت گواهینامه شورای کیفیت برنامه سلامت روان و تندیس تعالی تعهد به بررسی کیفیت (۲۰۱۲) و گواهینامه شورای کیفیت برنامه بهداشت روان و تندیس تعالی برای توسعه و اجرای فرم ارزیابی ریسک خودکشی (۲۰۱۲) گردید. در سال ۲۰۱۷، جایزه تأثیرگذاری به مناسبت بیست و پنجمین سالگرد فارغ‌التحصیلان MBA در دانشگاه سنت ماری را دریافت کرد.

## درباره ویراستاران:

الکسا بنگنل، دانشیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه دلوئیز و مدیر بخش روان‌پزشکی IWK کودکان و نوجوانان است. وی دوران کارشناسی خود را در دانشگاه مک‌گیل، کارشناسی ارشد در دانشگاه آکسفورد و دکترای پزشکی خود را در دانشگاه دلوئیز گذرانده است. وی تحصیلات خود در دوره دستکاری روان‌پزشکی کودک را در دانشگاه هاروارد به پایان رساند. دکتر بنگنل، پژوهشگر بالینی است و بنیان‌گذار درمان گروه اضطراب در سال ۲۰۰۵ و کلینیک اختلال وسواس جبری در سال ۲۰۱۳ واقع در مرکز بهداشت IWK است. منافع پژوهش او در پیشبرد مداخله‌های زود هنگام برای اختلالات روانی، متمرکز بر مدارس و برنامه‌های مبتنی بر وب است.

سو زینک، استادیار روان‌پزشکی دانشگاه دلوئیز و روان‌پزشک کارکنان در مرکز بهداشت IWK است. وی مدرک دکترای پزشکی خود را در سال ۱۹۹۸ دریافت کرد و دوره دستکاری روان‌پزشکی خود را در ۲۰۰۴ و فلوشیپ روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان را در سال ۲۰۰۵ در مرکز بهداشت دانشگاه مک‌گیل به پایان رساند. دکتر

زینک، در سال ۲۰۱۳، در سال تحلیف گواهینامه‌ها به‌عنوان عضوی از یک کالج سلطنتی در بخش روان‌پزشکی کودک و نوجوان درآمد. او مدیر بالینی در کلینیک اختلالات دوقطبی IWK و گروه سلامت افراد تراجنسیتی IWK است. او یکی از بنیان‌گذاران روان‌پزشکی مرکز بهداشت روانی جامعه IWK، شعبه هالیفاکس است.

**نورم‌اند کری،** پژوهشگر بالینی-روان‌پزشکی در حوزه شیرخوارگی، کودکی و نوجوانی با بیش از ۳۰ سال تجربه بالینی و پژوهشی است. وی «مؤسس» مرکز فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان (کالج سلطنتی کانادا) است، سردبیر سابق مجله آکادمی روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان کانادا است و در حال حاضر مدیر بخش خانواده‌درمانی دانشگاه دلوئیز است. او دارای نشریات متعددی است و زمینه‌های اصلی تحقیقات وی (۱) بررسی‌های واقع‌گرایانه از مداخلات والدینی در پیش از دبستان با تکیه بر در سیستم رفاه کودک، (۲) دانش سیستمیک موجود معطوف به مدل‌های مبتنی بر دلبستگی و مداخلات مربوط به کودکان پیش‌دبستانی (۰-۵)، مخصوصاً دایره مداخله امنیتی (مترجم از نسخه فرانسه)، (۳) سندرم همدلی (سندرم الکل جنینی، مشکلات سلوک-سنگدلی-ویژگی‌های عاری از هیجان، اختلالات نافذ رشد)، بررسی سیستماتیک؛ و (۴) مدل‌های نظارت در خانواده‌درمانی.

**آیتا هیکی،** در حال حاضر روان‌پزشک کودک و نوجوان در مرکز بهداشت IWK است. نقش او شامل خدمات روان‌پزشکی سرپایی عمومی و همچنین بخش اورژانس و رابط مشاوره پوشش روان‌پزشکی است. تحقیقات وی شامل اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، نظریه دلبستگی و اثربخشی مداخلات زودهنگام (۰-۵) بر دلبستگی و رفتار آینده فرد است. علاوه بر منصب روان‌پزشکی خود را در برنامه سلامت روان و اعتیاد IWK، دکتر هیکی، استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه دلوئیز نیز هست.

**لیلی هکمن،** استاد روان‌پزشکی و اطفال در دانشگاه مک‌گیل و مدیر تحقیقات در بخش روان‌پزشکی کودک است. وی محقق بین‌المللی و پیشگام در حوزه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است. بخشی از تحقیقات دکتر هکمن، بر مطالعات آینده‌نگر



طولانی مدت (۱۵- سال) کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در دوران نوجوانی و بزرگسالی متمرکز شده است. وی اولین پژوهش درمان چندوجهی کنترل‌شده را در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی انجام داد. این مطالعه بخشی از مطالعهٔ درمان چندجانبه (MTA) است. وی مدیر یکی از قسمت‌های MTA بود. افتخارات دکتر هکمن شامل؛ کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلال کمبود توجه (CHADD) تالار افتخار (CHADD) ارزیابی برای تالار افتخار با هدف رسانیدن آن به بالاترین سطح شناخت خود.؛ دریافت پاداش آلن اسکالسر برای تحقیقات در حوزهٔ اختلال نقص توجه از آکادمی آمریکایی روان‌پزشکی کودک و نوجوانان؛ دریافت پاداش پروژه خلبان برای تحقیقات در حوزهٔ اختلال نقص توجه از آکادمی آمریکایی روان‌پزشکی کودک و نوجوان؛ دریافت پاداش حمایت پاول آستین هاور برای تحقیقات در حوزهٔ تدوین اسناد برای کار در حیطه حمایت از کودکان و نوجوانان استثنائی و خانوادهٔ آنان در سطوح منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی از آکادمی کانادایی روان‌پزشکی کودک و نوجوانان؛ و عضو افتخاری آکادمی کانادایی روان‌پزشکی کودک و نوجوان برای حمایت تحصیلی با مشارکت برجسته در خدمات، تدریس و پژوهش در سطح منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی، است. دکتر هکمن پیشینهٔ تحقیقاتی دقیق و گسترده‌ای دارد که حاصل تجربه و تخصص بالینی اوست.

برای اختلال پیچیده‌ای مانند اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی وجود دارد، رویکردی روشن و مختصر نیاز است. آگاهی از چگونگی تشخیص و مدیریت اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بدون شناخت همبودی‌ها و مدیریت آن‌ها، ناقص است.

کتاب راهنمای حاضر با استفاده از رویکرد مبتنی بر فرد (مطالعه موردی) به تشریح عوامل مختلفی در تشخیص و مدیریت اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در حضور اختلالات همبود در کودکان و نوجوانان می‌پردازد.

علی‌رغم پیچیدگی موضوع، هر مورد، چشم‌انداز منحصر به فردی از بیماران مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به ارمغان می‌آورد. رویکرد سازگار در توصیف موارد به متخصصان اجازه می‌دهد تا به یک تشخیص گسترده‌تر فکر می‌کنند، پس از آن به یک تصویر روشن و برنامه‌مدیریتی دست پیدا کنند.

هر مورد، به وسیله مرور پژوهش‌ها در حیطه‌های مختلف، مانند شیوع، سبب‌شناسی، اختلالات همبود، تشخیص و مدیریت پشتیبانی می‌شود.

این کتاب تصویری از تعدادی از عارضه‌های روان‌شناختی همبود با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، مانند: اختلالات اضطرابی، افسردگی، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، اختلال شخصیت مرزی در نوجوانی، چاقی و اختلال تشنج است.

مواردی که طراحی شده و نوشته شده‌اند، کاربردی و ویژه متخصصان بالینی است. مفاهیم مروری گسترده و روشن است.

منابع متعددی برای کمک به متخصصان بالینی با هدف افزایش دانش در حوزه اختلالات همبود با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در این کتاب گنجانده شده است، که دربرگیرنده پرسشنامه‌ها، مقیاس درجه‌بندی، وبسایت‌ها و منابع مکفی هستند.

کتاب راهنمای حاضر، تنها برای مقاصد آموزشی در نظر گرفته شده است. بسیاری از حیطه‌های موجود در مبحث اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در این راهنما گنجانده نشده است و خوانندگان را برای به‌روزرسانی منظم دانش خود در این زمینه تشویق می‌کند.

---

## مقدمه مترجم

بیش‌فعالی، اصطلاحی آشنا برای کارشناسان، معلمان و والدین است و امروزه با توجه به سبک زندگی شهری، بسیار فراگیر شده است. به‌طور کلی کودک بیش‌فعال، الگوی کاهش پایدار توجه و افزایش تکانش‌گری و بیش‌فعالی را در اوایل زندگی نشان می‌دهد اما هنگامی که این علائم با حواس‌پرتی، کنترل ضعیف تکانه، فراموش‌کاری همراه شد، موجب نگرانی والدین می‌شود و متأسفانه در بعضی موارد این وضعیت تا بزرگسالی ادامه می‌یابد.

یکی از شایع‌ترین و پرمناقشه‌ترین اختلالات دوران کودکی «اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی» است. در سال‌های ۱۹۰۰ کودکان تکانش‌گر، مهارگسیخته و بیش‌فعال (که بسیاری از آنان دچار آسیب‌های عصبی ناشی از آنسفالیت بودند) تحت عنوان سندرم بیش‌فعال طبقه‌بندی می‌شدند. سال ۱۹۴۰ برای این اختلال نام «کارکرد نامناسب مغز» در نظر گرفته شد و تا سال ۱۹۹۴ واژه بیش‌فعال-نقص توجه در DSM-IV جایگزین آن گردید، شاهد تغییر و تحولات بسیاری در حوزه ارزیابی، تشخیص و درمان این اختلال بوده‌ایم. ویرایش پنجم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکان آمریکا (DSM-5) تغییرات متعددی را در ملاک‌های تشخیصی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کودکان و بزرگسالان اعمال کرده است. در گذشته علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌بایست قبل از سن ۷ سالگی بروز می‌کرد اما طبق DSM-5 بایستی چندین علامت نقص توجهی یا بیش‌فعالی/تکانش‌گری تا سن ۱۲ سالگی خود را نشان دهد و به‌جای تقسیم‌بندی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به دو زیرگروه، در DSM-5 سه زیرگروه جدید: (۱) تظاهر مرکب. (۲) تظاهر عمدتاً نقص

توجه. ۳) تظاهر عمدتاً بیش فعال/تکانشی.

با توجه به اینکه این اختلال از جمله شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است و در سال‌های اخیر تلاش مسئولین دبستان‌ها و مراکز مشاوره و درمان کودکان، بیشتر معطوف به تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بوده است و در بعضی موارد امکان تشخیص‌گذاری نابجا، بدون در نظر گرفتن اختلالات همبود و تشخیص‌های افتراقی با این اختلال وجود دارد؛ لذا بر آن شدیم تا با ترجمه این اثر ارزنده، گامی هرچند کوچک در جهت اعتلای هر چه بیشتر دانش روانشناسی و مشاوره که با هدف ارزیابی، تشخیص و درمان اختلالات روان‌شناختی شکل گرفته است، برداریم.

**سحر حیدری**

**دکتر محسن لعلی**

(عضو هیئت علمی دانشگاه فرهنگیان)

---

# ۱ اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup> و صرع<sup>۲</sup>

---

## ۱-۱ اهداف فصل

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود خواننده بتواند:

- اختلالات همبودی را که در افراد مبتلا به صرع، بیش از جمعیت عادی دیده می‌شود نام ببرید.
- میزان شیوع و همه‌گیرشناسی ابتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در بیماران مبتلا به صرع و ابتلا به صرع در بیماران مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را تبیین کند.
- پیامدهای بروز نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به صرع را بیان کند.
- چالش‌های مدیریت نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در صرع دوران کودکی را بیان کند.
- ملاحظات درمانی را که در حین ارزیابی و درمان نوجوانانی که هم‌زمان به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و صرع مبتلا هستند، بیان کند.

---

## ۱-۲ پرونده

پرونده زیر را بخوانید و بررسی کنید آیا درمانگر موارد موردنیاز را به‌طور کامل ارزیابی کرده است؟

- تاریخچه روان‌پزشکی و پزشکی به‌طور کامل جمع‌آوری شده است؟

---

1. Attention Defect/Hyperactivity Disorder (ADHD)  
2. Epilepsy

- از مقیاس‌های درجه‌بندی یا پرسشنامه‌ها در روند ارزیابی استفاده شده است؟
- سابقه درمان (پایبندی به درمان) بررسی شده است؟
- آسیب‌های عملکردی ایجاد شده بررسی شده است؟
- آزمایشات پزشکی متناسب اعم از معاینه جسمانی و آزمایش خون انجام شده است؟
- اطلاعات حاصل از ارزیابی ثبت شده است؟
- تشخیص و ارزیابی اختلالات همبود انجام شده است؟
- ارتباط بین نتایج حاصل از ارزیابی بیمار و خانواده وی ایجاد شده است؟
- آموزش متناسب برای بیمار و خانواده‌اش در نظر گرفته شده است؟
- درمان‌های دارویی و روانی-اجتماعی و سایر درمان‌های ممکن تبیین شده است؟
- مداخلات درمانی و مدیریت متناسب در نظر گرفته شده است؟
- مزایا و معایب درمان یا عدم درمان تشریح شده است؟
- بیمار به سایر خدمات و منابع موجود در جامعه ارجاع داده شده است؟
- پیشنهاد سازگاری‌های محیطی مناسب ارائه شده است؟
- زمان مقرر برای پیگیری در نظر گرفته شده است؟

### ۱-۲-۱ امرسون اینگیلیش

امرسون پسر ۱۲ ساله‌ای است که در کلاس ششم مشغول به تحصیل است. با مادر، خواهر، برادر و ناپدری‌اش در نوا-اسکوشیا زندگی می‌کند. پدر اصلی وی در اتوریو زندگی می‌کند. پنج سال پیش تشخیص اختلالات نقص توجه/بیش‌فعالی و تشنج<sup>۱</sup> برای وی در نظر گرفته شده است. خانواده‌اش با آغاز درمان دارویی برای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی موافقت نکردند اما شب‌ها قبل از خواب ۱۰۰۰ میلی‌گرم دی‌والپروکس سدیم مصرف می‌کند و حملات تشنجش به‌خوبی کنترل شده است. امرسون در سال ۲۰۱۲ مورد ارزیابی روان‌شناختی قرار گرفت و تشخیص اختلال

---

1. seizure

نقص توجه/بیش‌فعالی برای وی در نظر گرفته شد.

پزشک خانوادگی‌شان از آن‌ها خواست تا در مورد افت عملکرد تحصیلی و شکایات متعدد معلمان از نقص توجه و حواس‌پرتی امرسون، با یک روان‌پزشک مشورت کنند.

مادر و ناپدری‌اش برای مصاحبه آمدند و نشانه‌های زیر را بیان کردند که در بیش از ۵۰٪ مواقع وجود داشت: «احساس خستگی؛ فرسودگی؛ پرخوری؛ توان پایین برای فکر کردن یا تمرکز کردن؛ احساس نگرانی مفرط در اکثر روزها و در مورد بیشتر چیزها؛ درد و رنج‌هایی که توضیحی برایشان وجود ندارد؛ او داروهای غیرقانونی و الکل مصرف نمی‌کند و افکار آسیب‌رسان در مورد خودش و دیگران ندارد.»

در بررسی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی امرسون، والدین و معلمش، نشانه‌های زیر را گزارش کردند:

«نقص در توجه مستمر و دقیق به جزئیات و اشتباهات ناشی از بی‌دقتی در مدرسه؛ مشکل در حفظ و نگهداری توجه در کلاس و حین انجام امور؛ زمانی که مستقیماً با او سخن گفته می‌شود به نظر می‌رسد که گوش نمی‌دهد؛ ناتوانی در به اتمام رساندن تکالیف مدرسه/ کارهای روزمره و وظایف؛ وجود مشکل در سازمان‌دهی وظایف و تکالیف؛ اتاق کاملاً شلخته و بهم‌ریخته؛ اجتناب از انجام تکالیف درسی روزانه، با اکران انجام دادن کارهایی که نیاز به فعالیت فکری دارد؛ گم کردن وسایل ضروری برای انجام امور (مثل: اسباب‌بازی‌ها، تکالیف درسی مدرسه، مداد و کتاب‌ها)؛ در اثر محرک‌های بیرونی مثل اشیای متحرک یا سروصدا حواسش پرت می‌شود؛ در فعالیت‌های روزمره فراموش کار است و مادرش مجبور است دائماً مسائل را به او یادآوری کند؛ انتظار برایش بسیار دشوار است؛ دست‌هایش را دائماً تکان می‌دهد و در سر جایش می‌لولد؛ در بازی کردن یا گذراندن اوقات فراغت در سکوت و بدون سروصدا مشکل دارد؛ پسر بسیار پرسروصدایی است؛ همواره در حال حرکت است و به نظر می‌رسد موتوری برای حرکت به او بسته شده است؛ خیلی زیاد صحبت می‌کند؛ هم در خانه و هم در مدرسه قبل از اینکه سؤالی به‌طور کامل تمام شود، پاسخ را می‌پرانند.»

در بررسی اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، والدینش بیان کردند که: «به راحتی عصبانی نمی‌شود و حرف‌ش‌نو است. از قوانین و والدینش پیروی می‌کند اما اغلب دیگران را به خاطر اشتباهاتی که خودش مرتکب شده سرزنش می‌کند و به سادگی از دست دیگران ناراحت می‌شود.»

در بررسی اختلال سلوک، والدین تمامی نشانه‌ها را رد کردند.

تاریخچهٔ طبی: سابقهٔ هیچ نوع حساسیت دارویی گزارش نشده است، پنج سال پیش برای وی تشخیص صرع کوچک (غائب) در نظر گرفته شد و دو سال است که حمله تشنج نداشته است.

تاریخچهٔ مصرف دارو: مصرف روزانه ۱۰۰۰ میلی‌گرم دی‌والپروکس سدیم.

تاریخچهٔ رشدی و شخصی: مادرش شکایات متعددی در دوران بارداری داشت، زیرا بارداری پرتنشی را تجربه کرده بود. زایمان سر موقع و به روش سزارین انجام شده بود. امرسون هیچ مشکل یا دشواری در حرکت نداشت و خانواده‌اش هیچ‌گاه رفتارهای مقابله‌جویانه یا نقص در عملکردهای اجتماعی در وی مشاهده نکرده‌اند. امرسون زمانی که کلاس سوم بود، قلدری می‌کرد اما در حال حاضر که در کلاس ششم درس می‌خواند، با سال‌های گذشته قابل مقایسه نیست. امسال مشکلات فاحشی در ریاضیات دارد و به حمایت‌های آموزشی بعد از مدرسه نیاز دارد.

نتیجهٔ پرونده: برای مراجع تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و حملات تشنج تأیید شده است. بحث و آموزش‌های طولانی‌مدت در مورد مزایا و معایب درمان برای امرسون و خانواده‌اش در نظر گرفته شد. جلسهٔ بعد، با مشارکت همهٔ افراد، تصمیمی مبنی بر آغاز درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به دلیل افت عملکرد تحصیلی امرسون، گرفته شد. مصرف روزانه ۲۰ میلی‌گرم متیل‌فنیدیت آغاز شد و هیچ حملهٔ تشنج جدیدی تا دورهٔ ۶ ماهه پیگیری درمان اتفاق نیفتاد. عملکرد تحصیلی وی بهبود پیدا کرد و برای دریافت راهبردهای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و تکنیک‌های



۱: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و صرع ۲۵

مدیریت اضطراب به روان‌شناس ارجاع داده شد. داروهایش تا روزانه ۳۰ میلی‌گرم در وعده صبح و به‌صورت خوراکی افزایش پیدا کرد و هیچ عوارض جانبی دیده نشد.

## ۲-۲-۱ سؤالات مروری اختلالات نقص توجه/بیش‌فعالی و صرع

کدام اختلالات در مبتلایان به صرع، در مقایسه با جمعیت عادی شایع‌تر است؟

### اختلالات روان‌پزشکی و شناختی

- اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (شیوع ۳۰-۴۰٪)
- افسردگی
- اضطراب
- اختلالات شایع رشد
- علائم سایکوز ناشی از صرع
- اختلالات یادگیری
- ناتوانایی‌های هوشی
- بیماری‌های آلزایمر و دمانس (سیدنبرگ و همکاران، ۲۰۰۹)

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، شایع‌ترین اختلال در کودکان مبتلا به صرع در سنین پیش از دبستان و دبستان گزارش شده است و در بین دختران و پسران توزیع یکسانی دارد (تومی - سوزا و همکاران، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد بروز نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در زمان آغاز صرع، نشانگر رشد شناختی نابهنجار قابل توجهی است (هرمن و همکاران، ۲۰۰۸).

میزان شیوع صرع در بیماران مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را تبیین کنید؟

در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، شیوع دامنه تخلیه الکتروآنسفالوگرام (نوار مغز) مشابه با بیماری صرع ۵ تا ۶۰٪ است (ریچر و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات

جمعیت شناختی نشان می‌دهد که شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هم‌زمان با صرع دوران کودکی، بین ۱۲ تا ۱۷٪ است (ریلی، ۲۰۱۱).

نتایج پژوهشی که در مرکز نگهداری فوق تخصصی انجام شد، نشان داد ۶۰٪ از کودکان مبتلا به صرع، ملاک‌های تشخیصی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را دارند. گروه نمونه مبتلا به صرع برای ورود به این پژوهش باید واجد ویژگی‌های خاصی بودند: آغاز حملات صرع در سنین پایین، زمان طولانی ابتلا به صرع، بروز حملات تشنج مکرر و سرکشی (شرمن و همکاران، ۲۰۰۷). بعضی محققین معتقدند که در کودکان مبتلا به صرع نسبت به همشیرهایشان که مبتلا به صرع نیستند، مشکلات توجه، مقدم بر اولین حمله تشنج قابل شناسایی است (آستین و همکاران، ۲۰۰۱). نتایج یک مطالعه جمعیت شناختی در ایسلند نشان داد، در افرادی که به تازگی به صرع مبتلا شده‌اند، احتمال ابتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ۲٫۵ برابر شایع‌تر از افراد گروه کنترل است که به بیماری صرع مبتلا نیستند (هسدورفر و همکاران، ۲۰۰۴).

تعدادی از مکانیسم‌های زیستی ابتلای هم‌زمان به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و صرع را تصریح می‌کند، برای مثال: اختلال متابولیسم چربی، ناهنجاری در سیستم نوروآپی نفرین (NE)، سیستم انتقال دوپامین، افزایش حجم ماده خاکستری در لوب پیشانی، کاهش حجم ساقه مغز. همچنین مکانیسم‌های روانی-اجتماعی نیز دخیل هستند (سیدنبرگ و همکاران، ۲۰۰۹).

**کدام یک از انواع صرع با ابتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در ارتباط است؟**

- صرع لوب فرونتال
- صرع غایب کودکی (صرع کوچک)
- صرع رلانیدیک
- صرع مرتبط با خواب و سایر زیرمجموعه‌ها

## پیامدهای بروز نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به صرع شامل چه مواردی است؟

- افت کیفیت زندگی (شرمن و همکاران، ۲۰۰۷؛ ۲۰۱۰).
- عملکرد تحصیلی ضعیف (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۱) - نیاز به حمایت‌های آموزشی بیشتر یا آموزش انفرادی معلولین.
- نمرات پیشرفت تحصیلی پایین (نمرات پایین‌تر از میانگین سنی است) در نوشتن، ریاضیات و خواندن اما نمره IQ از این قاعده پیروی نمی‌کند (فستنو و همکاران، ۲۰۰۸).
- احتمال افزایش نشانه‌های اضطراب (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۳).
- ضعف عملکرد در امور مربوط به کارکردهای اجرایی (سیدنبرگ و همکاران، ۲۰۰۹).
- اختلالات شایع رشد: نتایج بعضی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هم‌زمانی اختلالات شایع رشد و صرع با نمره IQ پایین، نمرات پایین در رفتارهای سازگاران، مشکلات هیجانی زیاد، رفتارهای مخرب زیاد و مصرف بالای داروهای روان‌گردان در ارتباط است (ماتسون و نیل، ۲۰۰۹).

## ارزیابی در کودکانی که به صرع و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هم‌بود مبتلا هستند، شامل چه مواردی است؟

- ارزیابی ارتباط زمانی بین دوره صرع و آغاز بروز نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی.
- ارزیابی کیفیت خواب، تأثیر خواب و ارزیابی وجود اختلالات خواب.
- ارزیابی جامع عصب-روان‌شناختی خصوصاً در کودکانی که دچار افت نمرات پیشرفت تحصیلی شده‌اند.
- کنترل نوار مغز (EEG) برای کاهش احتمال بروز تشنج‌های ناشناخته.
- ارزیابی رسمی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی که شامل گردآوری اطلاعات از

بیمار، والدین و گزارش‌های مدرسه است.

## چالش‌های مدیریت اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی همبود با صرع دوران کودکی چیست؟

- فقدان آزمایش‌های دوسوکور با دارونما و گروه کنترل با هدف تبیین درمان بهینه برای نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به صرع (دون، کرانن برگر، ۲۰۰۶).
- احتمال محروم بودن بسیاری از کودکان مبتلا به صرع از آزمایش‌های بالینی و کنترل دارویی که مطالعات پزشکی برای درمان نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تخصیص داده‌اند (پلیوپلیز و همکاران، ۲۰۰۷).
- استفاده از سیاهه عمومی، مثل: سیاهه رفتاری کودک<sup>۱</sup>؛ ممکن است در کودکان مبتلا به صرع با بروز حمله تشنج یا مصرف داروهای ضدصرع و به دنبال آن تشدید نشانه‌های احتمالی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، باعث گمراهی شود (ریلی، ۲۰۱۱).
- کاهش آستانه بروز تشنج در اثر مصرف داروهای محرک (گوسوینر و همکاران، ۲۰۰۳؛ تن و اپلتون، ۲۰۰۵).
- امکان افزایش غلظت سرم فنیثین در اثر مصرف متیل‌فینیدیت (MPH) (مارکویتز و همکاران، ۱۹۹۹). علاوه بر این، کاهش غلظت سرم متیل‌فینیدیت در اثر مصرف کاربامازپین منجر به کاهش اثربخشی آن می‌شود (اسکالر و بهر، ۱۹۹۹).

## توصیه‌های درمانی برای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و صرع دوران کودکی شامل چه مواردی است؟

در بسیاری از کودکان مبتلا به صرع و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، درمان با